

**Громадська організація  
«Південна фундація медицини»**

**ЗБІРНИК НАУКОВИХ РОБІТ**

**УЧАСНИКІВ МІЖНАРОДНОЇ  
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ**

**«СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА АКТУАЛЬНІ  
ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ,  
ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ  
ТА ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ»**

**18-19 грудня 2015 р.**

**Одеса  
2015**

- С 91 «Сучасні погляди на актуальні питання теоретичної, експериментальної та практичної медицини»: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції (м. Одеса, 18-19 грудня 2015 року). – Одеса: ГО «Південна фундація медицини», 2015. – 128 с.

У збірнику представлені матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Сучасні погляди на актуальні питання теоретичної, експериментальної та практичної медицини» розглядаються загальні проблеми клінічної та профілактичної медицини, питання ветеринарної, фармацевтичної науки та інше.

Призначений для науковців, практиків, викладачів, аспірантів і студентів медичної, фармацевтичної та ветеринарної спеціальностей, а також для широкого кола читачів.

Організатори конференції не завжди поділяють думку учасників. У збірнику максимально точно відображається орфографія та пунктуація, запропонована учасниками.

ББК 5я43  
УДК 61(063)

ст. ПУ – 29–21 б. (результати лікування та прогноз сприятливі для одужання). II ст. ПУ – 20–17 б. (результати лікування та прогноз сприятливі для одужання на 40–60%). III ст. ПУ – 16–13 б. (результати лікування та прогноз сприятливі для одужання на 20–40%); IV ст. ПУ – 12–8 б. (результати лікування та прогноз для життя сумнівні).

Хворі розподілялися наступним чином: 3 хворих – I ст. ПУ, 11 хворих – II ст. ПУ, 5 хворих – III ст. ПУ. Після першого сеансу в 2 хворих I ст., 6 хворих II ст. та в 1 хворого III ст. реєструється значне покращання функцій ШКТ (на рівні зміни ступеня ушкодження). Після другого сеансу (через день) приблизно такі ж якісні зміни відмічалися в 4 хворих I ст., 2 хворих II ст., 1 хворого III ст. Після третього сеансу (через день) покращання наступало в 3 хворих I ст. та 1 хворого II ст. Надалі сеанси поєднаної дії ГБО, ЕА та ПФ, або окремо ГБО + ПФ, ЕА + ПФ або тільки ГБО проводили за показами. Крім позитивної дії на ШКТ додаткове застосування вказаних методів суттєво покращувало показники центральної та периферичної гемодинаміки, респіраторної підтримки та функції нирок.

Таким чином, поєднане застосування ЕА, ПФ та ГБО покращує результати комплексного лікування шокowego кишечника при травматичній хворобі.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Коновчук В.М. Геморагічний гіповолемічний шок та розвиток поліорганного ушкодження / В.М.Коновчук // Буковинський медичний вісник. – 2009. – № 1, Т. 13. – С. 12–17.

**Кравченко О. И.**

кандидат медицинских наук, ассистент

**Березуцкий В. И.**

кандидат медицинских наук, доцент

*ГУ «Днепропетровская медицинская академия»  
Министерства охраны здоровья Украины  
г. Днепропетровск, Украина*

## **ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ МУЖЧИН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ АГ НА ФОНЕ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ**

Все, проводимые в последнее время эпидемиологические исследования эректильной дисфункции (ЭрД), выявили её корреляцию с гипертонической болезнью (ГБ). [1, 2, 3].

Убедительные результаты, полученные в ряде исследований последних лет доказали, что Эрд является достоверным маркером поражения коронарных артерий [4; 5].

В 2004 году на конгрессе Ассоциации американских урологов (AUA) были приняты положения, согласно которым развитие эректильной дисфункции (ЭД) коррелирует с развитием макро – и микроангиопатий и является независимым фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний.

Широкомасштабных эпидемиологических исследований ЭД в Украине не проводилось. По мнению главного сексопатолога Украины И. И. Горпинченко, 52% мужчин в нашей стране страдают эректильной дисфункцией [6].

Анализ результатов исследования БОЛЕРО показал, что из 2200 обследованных Эрд отмечают 2/3 мужчин с неконтролируемой АГ [7].

Работ исследующих состояние левого желудочка (ЛЖ) у мужчин с ГБ на фоне Эрд мы не встречали. Поэтому представляло интерес исследование структурно-функционального состояния ЛЖ на фоне Эрд у больных ГБ в зависимости от выраженности заболевания.

Все обследованные мужчины были разделены на две группы. Основную группу составили 52 больных ГБ, у которых по данным анкетирования была выявлена эректильная дисфункция (Эрд), группу сравнения составили 21 больной ГБ без Эрд, которые были сопоставлены по возрасту с основной группой. Группу контроля составили 20 практически здоровых мужчин сопоставимые по возрасту.

Структурно-функциональное состояние левого желудочка изучали методом эхокардиографии на эхокардиографе в двухмерном и одномерном режимах и доплерэхокардиографии с использованием импульсного и цветного картирования. Для оценки структурно-функциональных особенностей левого желудочка у больных ГБ Эхокардиографическое изучались следующие показатели: объемные характеристики ЛЖ (КДО, КСО) и их производные – УО и ФВ, толщина стенок ЛЖ (ТЗСЛЖ и ТМЖП) и ММЛЖ (ИММЛЖ). Вместе с оценкой ММЛЖ (ИММЛЖ) для характеристики геометрической модели ЛЖ рассчитывали относительную толщину стенки ЛЖ ( $OTC = \frac{ТЗСЛЖ + ТМЖП}{КДР}$ ). Для определения сократительной способности ЛЖ, кроме ФВ, вычисляли степень сокращения переднезаднего размера ЛЖ (%  $\Delta S$ ). Диастолическая функция сердца оценивалась методом доплерэхокардиографии в импульсном режиме. Диастолическое наполнение желудочков определялось по величинам пиковых скоростей раннего и предсердной наполнения (Е и А) и их отношение (Е/А).

Для клинической оценки Эрд использовали Международный индекс эректильной дисфункции – (IIEF-5). Пациентам проводилось доплерографическое исследование пенильных сосудов с фармакопробой ингибиторами фосфодиэстеразы 5-го типа и видеостимуляцией с измерением систолической скорости кровотока в пенильных сосудах (PSV) по стандартной методике.

Средний возраст обследованных больных ГБ основной группы составил  $48,84 \pm 0,7$  года, группы сравнения –  $51,29 \pm 2,42$  года. Длительность заболевания (после установления диагноза) составила в основной группе в среднем  $7,78 \pm 0,52$  года, в группе сравнения  $8,13 \pm 1,51$  года. Все больные в зависимо-

сти от степени артериальной гипертензии (АГ) были разделены на две группы: АГ I ст. и АГ II ст.

При АГ I ст. в основной группе при сопоставлении с группой сравнения увеличивается ММЛЖ и ИММЛЖ. Кроме того, увеличиваются ТЗСЛЖ и ТМЖП, увеличивается инотропная функция сердца – определяется увеличение ФВ и  $\Delta S$ . Выявленное увеличение в основной группе объемов (КДО и КСО) статистически не доказано. При АГ II ст. в основной группе при сопоставлении с группой сравнения значимо увеличивались ФВ и  $\Delta S$ .

Увеличение АД от АГ I ст. к АГ II ст. у лиц основной группы сопровождалось увеличением ТЗЛЖ, ТМЖП, ММЛЖ, ИММЛЖ, а в группе сравнения – сопровождалось повышением таких показателей как ТМЖП и ОТС.

Изучение частоты ГЛЖ в группах больных с ГБ в зависимости от уровня АД показало, что среди больных с АГ I ст. ГЛЖ была выявлена у 53,56% больных основной группы и у 49% больных группы сравнения. У больных с АГ II ст. ГЛЖ выявлялась чаще, чем у больных с АГ I ст. – 64% у лиц основной группы и 70% в группе сравнения.

Изучение структурно-функциональных показателей в зависимости от наличия ГЛЖ у больных с различным уровнем АД показало, что в основной группе с АГ I ст. ГЛЖ сопровождалась увеличением не только ММЛЖ, ТЗСЛЖ, ТМЖП, но и объемов и размеров ЛЖ: КДР при ГЛЖ –  $5,25 \pm 0,1$  и  $4,82 \pm 0,13$  см без ГЛЖ,  $p < 0,05$ ; КСР –  $3,40 \pm 0,10$  и  $3,02 \pm 0,09$  см,  $p < 0,05$ ; КДО –  $133,7 \pm 5,7$  и  $110,6 \pm 6,2$  мл,  $p < 0,05$ ; ТЗСЛЖ –  $1,25 \pm 0,02$  и  $1,05 \pm 0,03$  см,  $p < 0,05$ ; ТМЖП –  $1,34 \pm 0,03$  и  $1,14 \pm 0,03$  см,  $p < 0,05$ ; ММЛЖ –  $338,6 \pm 12,7$  и  $227,85 \pm 7,8$  г,  $p < 0,01$ ; ИММЛЖ –  $161,9 \pm 6,9$  и  $109,6 \pm 4,15$  г/м<sup>2</sup>,  $p < 0,05$ . По мере увеличения АД у больных с ГЛЖ увеличивались еще больше размеры и объемные показатели ЛЖ, а также ММЛЖ, ИММЛЖ, ТЗСЛЖ, ТМЖП.

В группе сравнения при АГ I ст. развитие гипертрофии левого желудочка сопровождалось увеличением КСР, ТМЖП, ОТС, ММЛЖ, ИММЛЖ. Такие показатели, как КДР и объемы не изменялись. При АГ II ст. в группе сравнения еще больше увеличивались ММЛЖ, ИММЛЖ, ТЗСЛЖ и ТМЖП.

Сократительная функция миокарда, как в основной группе, так и в группе сравнения, при АГ I ст. и АГ II ст. не нарушалась.

Оценка типов геометрической модели при адаптации ЛЖ к повышенному АД показала, что в основной группе с увеличением АД от АГ I ст. к АГ II ст. уменьшается число лиц с нормальной геометрией (от 21,9% до 12%) и увеличивается число лиц с концентрической гипертрофией (от 43,9% до 56%). Ремоделирование выявлялось у 78,05% больных с АГ I ст. и у 88% с АГ II ст.

В группе сравнения процент лиц с нормальной геометрией был выше, чем в предыдущей группе, как у больных с АГ I ст. (50%), так и с АГ II ст. (20%). Ремоделирование определялось в группе сравнения с АГ I ст. у 50% лиц и с АГ II ст. – 80%. Т.е. при увеличении АД увеличивалось число лиц с ремоделированием ЛЖ, причем чаще определялась концентрическая гипертрофия.

При исследовании пенильных артерий наблюдалось достоверное снижение PSV у обследованных пациентов основной группы. Значение нормальных показателей PSV во многом остается открытым, что связано с недостаточностью работ,

изучающих пенильный кровоток в возрастных группах. В настоящее время нормой считается PSV больше 30 см/с<sup>2</sup>. В основной группе PSV в фазе туменесценции достигало значения 9–15 см/с<sup>2</sup>, в фазе эрекции – 13–18 см/с<sup>2</sup>, разница в скорости кровотока между правой и левой артерией была не более 12%.

Была обнаружена зависимость между степенью АГ и снижением пиковой систолической скорости кровотока в пенильных артериях у больных основной группы – достоверным количественным показателем оценки эректильной дисфункции. Однако, отсутствие четкие нормативов PSV в возрастных группах требует дальнейшего исследования.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Rosen R.C., Sexual dysfunction as an obstacle to compliance with antihypertensive therapy. // Blood Press Suppl. – 2007. – Vol. 1. – P. 47–51.

2. Manolis A., Doumas M. Sexual dysfunction : the «prima ballerina» of hypertension-related quality-of-life complications // J. Hypertens. – 2008. – Vol. 26. – P. 2074–2084.

3. Domuas M., Douma S. Sexual dysfunction in essential hypertension : myth or reality? // J. Clin. Hypertens. – 2006. – Vol. – 8. – P. 269–274.

4. Ianni M., Callegari S., Rizzo A. et al Pro-inflammatory genetic profile and familiarit of acute myocardial infarction // Immun Ageing. – 2012. – Vol. 9. – P. 14.

5. Alberti L., Torlasco C., Laureta L. at al Erectile dysfunction in heart failure patients: a critical reappraisal // Andrology. – 2013. – Vol. 1. – P. 177–191.

6. Горпинченко И.И. Эректильная дисфункция : диагностика и современные методы лечения // Здоров'я України. – 2003. – № 63.

7. Сайгитов Р.Т., Глезер М.Г. Влияние артериальной гипертонии на сексуальное здоровье мужчин и качество их жизни. Результаты исследования БОЛЕРО // Кардиология // 2009. – № 9. – С. 44–50.

**Березуцкий В. И.**

кандидат медицинских наук, доцент

**Кравченко О. И.**

кандидат медицинских наук, ассистент

ГУ «Днепропетровская медицинская академия»

Министерство охраны здоровья Украины

г. Днепропетровск, Украина

## ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА ФОНЕ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА

Вопрос о связи артериальной гипертонии (АГ) и остеохондроза позвоночника (ОХ) дискутируется в научной литературе на протяжении многих лет. Актуальность проблемы обусловлена значительной распространенностью этих заболеваний, частым их сочетанием, а также тенденцией их к «омоложению».